



RENTOUDESTA VOIMAVAROJA –KURSSIN KOETUN HYÖDYN OSOITTAMINEN

Arja Kuivalainen

Kehittämistehtävä
Joulukuu 2010
Psykofyysisen fysioterapian
erikoistumisopinnot
Tampereen ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Psykofyysisen fysioterapian erikoistumisopinnot

KUIVALAINEN ARJA:

Rentoudesta voimavaroja –kurssin koetun hyödyn osoittaminen.

Kehittämistehtävä 32 s., liitteet 5 s.

Joulukuu 2010

Kansanterveyslaitoksen ja STAKESin yhteistyönä on kehitetty suomenkielinen versio yhdysvaltalaisesta terveyteen liittyvän elämänlaadun kyselystä RAND-36. Mittari sisältää 36 kysymystä kartoittaen hyvinvointia ja toimintakykyä kahdeksalla ulottuvuudella: koettu terveydentila, fyysinen toimintakyky, psyykkinen hyvinvointi, sosiaalinen toimintakyky, tarmokkuus, kivuttomuus, roolitoiminta/fyysiset ongelmat ja roolitoiminta/psyykkisistä syistä johtuvat ongelmat.

Tässä kehittämistehtävässä käsiteltiin psykiatrisen fysioterapian Rentoudesta voimavaroja -kurssilla kokeiltavana ollutta RAND-36 –elämänlaatumittaria. Kehittämistehtävän tarkoituksena oli verrata RAND-36 –mittarin antamia elämänlaatupisteitä kurssin alussa ja lopussa sekä tuoda esille muutokset elämänlaadun eri osa-alueissa. RAND-36 –mittarin näyttämien tulosten rinnalle nostettiin toisen kurssilla käytössä olleen haastattelulomakkeen ilmaisemia muutoksia, kuten muutokset jännittyneisyyden asteessa ja oirepisteissä sekä osallistujien vapaamuotoisesti ilmaiset kokemukset kurssilla oppimistaan rentouskeinoista. Lopuksi tehtiin johtopäätöksiä siitä, oliko RAND-36 –mittari riittävän herkkä ilmaisemaan muutoksia elämänlaadussa, kun kurssilaisten jännittyneisyyden aste ja oirepisteet muuttuivat ja kun kurssilaiset oppivat uusia rentouskeinoja. Testiryhmänä toimivat yhden rentouskurssin osallistajat (9 henkilöä).

Kurssilaisten itse arvioima jännittyneisyyden aste väheni 17 % sekä jännittyneisyys- ja levottomuusoireet lievittyivät 6 % kurssin aikana. RAND-36 –mittarissa roolitoiminta/psyykkinen –osa-alue vahvistui 19 %. Tämä elämänlaadun osa-alue kuvaa parempaa psyykkistä selviämistä työelämässä. Roolitoiminta/fyysinen, joka ilmaisee fyysisistä selviytymistä työelämässä, pysyi samana kurssin ajan. Tämä elämänlaadun osa-alue oli jo kurssin alussa 11 % koko väestön viitearvoja suurempi. RAND-36 –mittari ilmaisi 2 % lisäystä fyysisessä toimintakyvyssä. Oma kokemus hyvästä terveydestä lisääntyi RAND-36 –mittarin mukaan kurssin aikana 4 % ja kivut lievittyivät 6 %. Kurssilaiset itse raportoivat kurssilta löytämiään rentouskeinoja, joilla olivat voineet vaikuttaa jännittyneisyys- ja levottomuusoireisiinsa. Eniten konkreettisia vaikutuksia rentousharjoituksista oli unen laatuun. Näiden tulosten perusteella RAND-36 –mittari näyttäisi olevan riittävän herkkä ilmaisemaan muutosta kurssilaisten kokemassa elämänlaadussa. Jatkossa kannattaa edelleen käyttää RAND-36 –elämänlaatumittarin rinnalla fysioterapian omia haastattelulomakkeita, jotta myös kurssilaisten itse kokema hyöty suhteessa kurssin tavoitteisiin saadaan näkymään.

Asiasanat: Fysioterapia, RAND-36, elämänlaatu, rentous, rentousharjoittelu.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	4
1.1 Rentoudesta voimavaroja –kurssi	4
1.2 Kehittämistyön tavoite ja tarkoitus	5
2 ELÄMÄNLAATU	6
2.1 Elämänlaadun käsite	8
2.2 Elämänlaatumittareita	9
2.3 Elämänlaatumittarit ja ICF	11
2.4 Elämälaatutekijöiden näkyminen fysioterapian tutkimuksissa	12
2.5 RAND-36 –elämänlaatumittari	13
2.6 RAND-36 –elämänlaatumittari fysioterapian tutkimuksissa	15
3 RENTOUDESTA VOIMAVAROJA –KURSSIN OSALLISTUJILTA KERÄTTY PALAUTE	15
3.1 RAND 36 –elämänlaatumittarin näyttämät tulokset	16
3.2 Fysioterapian omien haastattelulomakkeiden antamat tulokset	22
3.2.1 Jännittyneisyys ja levottomuus	22
3.2.2 Kivun kokeminen	25
3.2.3 Koettu terveys	25
3.3 Yhteenveto tuloksista	25
4 JOHTOPÄÄTÖKSET	27
5 POHDINTA	28
LÄHTEET	31
LIITTEET	33

1 JOHDANTO

1.1 Rentoudesta voimavaroja -kurssi

Rentoudesta voimavaroja –kurssi on kehitetty työpaikallani kaupungin psykiatrian fysioterapia- ja liikuntapalveluissa. Kurssi kokoontuu 9 kertaa tunnin kerrallaan. Kurssin tavoitteena on oppia tunnistamaan jännittyneisyyden astetta itsessä ja oppia helpottamaan omaa oloa; sekä löytää itselle sopivia rentousmenetelmiä kokeilemalla ja teoriaa opiskelemalla. Kurssilla harjoitellaan hengitykseen, venyttäviin liikkeisiin ja keskittymiseen pohjautuvia rentousmenetelmiä sekä lisätään valmiutta itsenäiseen harjoitteluun. Ohjaajana toimii fysioterapeutti.

Rentouskurssin kurssikerrat koostuvat lyhyestä teoriaosuudesta sisältäen vapaamuotoisen keskusteluosuuden. Keskustelujen tarkoitus on antaa osallistujille vertaistukea. Suurin osa kurssikerroista käytetään käytännön harjoitteluun. Lähes jokaisen kurssikerran lopussa jaetaan kurssilaisille monisteita, jotka sisältävät kyseisellä kerralla käsiteltyjä teoriaosuuksia ja lyhyitä käytännön harjoituksia.

Kurssikertojen aiheet on jaettu eri teemoihin. Ensimmäisellä kerralla annetaan yleistä tietoa rentoudesta. Muilla kerroilla ovat teemoina stressi ja rentoutuminen; liikunta, rentoutuminen ja lepo; rentoutuminen kuormittavissa tilanteissa; yhteys omaan kehoon ja hengitys; hengitys, liike ja ääni rentoutumisen lähteenä; rentoutuminen voimavarana sekä tietoisuus ja läsnäolo harjoittelussa. Viimeisellä kerralla on vuorossa kokemusten ja teorian tiedon kertaaminen ja loppuhaastattelulomakkeiden täyttäminen.

Kurssin osallistujat kirjaavat alkuhaastattelulomakkeeseen sekä halutessaan myös kertovat muille ryhmäläisille omia tavoitteitaan ja odotuksiaan kurssin suhteen. Kurssilaiset voivat kertoa myös omia aiemmin löytämiään rentouskeinoja

muille ryhmäläisille. Kurssin lopussa kurssilaiset täyttävät loppuhaastattelulomakkeet ja arvioivat tavoitteidensa toteutumista. Kehittämistehtäväni puitteissa en puutu rentouskurssin sisältöön, vaan keskityn käsittelemään kurssilla kokeiltavana olevaa RAND-36 –mittaria (Aalto jne. 1999: s. 69-73).

1.2 Kehittämistyön tavoite ja tarkoitus

Tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoituksena on luonnostella, kehitellä ja ottaa käyttöön uusia ratkaisuja (Ojasalo jne. 2009: 11, 12, 14, 19). Tämän kehittämistehtävän tavoite on selvittää, onko RAND-36 –elämänlaatumittari (Aalto jne. 1999: s. 69-73) riittävän herkkä ilmaisemaan muutoksia Rentoudesta voimavaroja –kurssin osallistujien kokemassa elämänlaadussa. Jos mittari on riittävän herkkä muutosten mittaamiseen, on tavoitteena jatkaa mittarin käyttöä työyhteisössämme ja käyttää siitä saatuja tuloksia jatkossa esimerkiksi rentouskurssin hyötyjen osoittamiseksi päättäjätahoille tai kansainvälisen fysioterapiakonferenssin osallistujille tai muille kiinnostuneille tahoille.

Tässä kehittämistehtävässä tarkasteltavalla Rentoudesta voimavaroja –kurssilla käytettiin vastaavilla kursseilla aiemmin käytettyä alku- ja loppuhaastattelulomaketta (LIITTEET 1 ja 2) RAND-36 –elämänlaatumittarin lisäksi. Kehittämistehtävän tarkoituksena on tarkastella RAND-36 –elämänlaatumittarin antamia tuloksia kurssin alussa ja lopussa sekä tuoda esille muutokset elämänlaadun eri osa-alueissa, jos muutoksia yhdeksän viikon ajanjaksolla tapahtuu. RAND-36 –mittarin näyttämien tulosten lisäksi esitellään toisen kurssilla käytössä olevan alku- ja loppuhaastattelulomakkeen ilmaisemia muutoksia, kuten muutokset jännittyneisyyden asteessa ja oirepisteissä sekä osallistujien vapaamuotoisesti ilmaisemat kokemukset kurssilla oppimistaan rentouskeinoista. Lopuksi tehdään johtopäätöksiä siitä, onko RAND-36 –mittari riittävän herkkä ilmaisemaan muutoksia elämänlaadussa, jos kurssilaisten jännittyneisyyden aste ja oirepisteet muuttuvat ja jos kurssilaiset oppivat uusia rentouskeinoja.

2 ELÄMÄNLAATU

Kehittämistyötä varten on selvitetty elämänlaatuun sisältyviä käsitteitä, mittareita ja RAND-36-mittarin taustateoriaa. Myös elämänlaatumittareiden sisältöä suhteessa ICF-luokitukseen otetaan lyhyesti esille. Elämänlaatukäsitteistöä läpikäydessä nousivat esille myös voimaantumisteoria ja elämänhallinnan käsite, jotka seuraavaksi lyhyesti esitellään.

Voimaantumisteorian mukaan voimaantuminen on ihmisestä itsestään lähtevä prosessi, joka on yhteydessä ihmisen omaan haluun, päämääriin ja itseluottamukseen. Ihmisen hyvinvointia, jaksamista ja voimavaroja edistävissä tutkimuksissa ja hankkeissa voimaantumisteoria on yksi mahdollinen taustateoria. Rentouskurssin alussa kurssilaiset määrittelevät omat toiveensa ja tavoitteensa kurssin suhteen. Voimaantumisteorian mukaan tavoitteisiin sitoutumista lisää se, että ihminen voi itse kontrolloida tavoitteeseen pyrkimisen prosessia tavoitteen asettamisesta alkaen. Rentouskurssi voi toimia voimaantumista mahdollistavana toimintaympäristönä. Se voi antaa myös mahdollisuuden edetä voimaantumisprosessissa, joka on saattanut alkaa missä tahansa kuntoutumisen aiemmassa vaiheessa. Rentouskurssille tulijoista useimmat ovat käyneet oireiden hallintakurssin. Tällaisen kurssin aikana osalla kurssilaisista voimaantumisprosessi on edennyt siten, että he ovat oppineet ottamaan enemmän vastuuta omista oireistaan ja niiden hallitsemisesta. Voimaantumisteoria ei anna valmista mittaria voimaantumisen tekijöiden mittaamiseen. Voimaantumisen voi katsoa johtavan parempaan elämänhallintaan ja elämänlaatuun. Elämänhallinnan ja elämänlaatutekijöiden mittaamiseen on kehitetty lukuisia mittareita, kuten Antonovskyn SOC-13 -koherenssimittari (Antonovsky, 1987; Sintonen 2000: 3-4 ja 6-7.)

Israelilaista terveys sosiologia Aaron Antonovskya (1924–1994) pidetään salu-
togeenisien eli terveyslähtöisen teorian kehittäjänä. Hän kiinnitti ensimmäisenä huomiota ihmisen voimavaroihin ja terveyteen sairauksiin ja niiden syihin keskittymisen sijaan. Antonovsky totesi, että tauteja ja stressitekijöitä on joka puolella kaiken aikaa. Hän tuli siihen johtopäätökseen, että kaaos ja stressi on osa elä-

mää ja kiinnostavaa on, miten me säilymme hengissä kaikesta huolimatta. Antonovsky lähti kehittämään ajatusta siitä, mikä aiheuttaa terveyttä (salutogeenisuus) sen sijaan, että tutkittaisiin sitä mikä aiheuttaa tauteja (patogeenisuus). (Antonovsky, 1987; Lindström jne. 2006; Pohjois-Karjalan kansanterveys ry 2007.)

Salutogeenisen teorian keskeinen käsite on koherenssin eli hallinnan tunne. Hallinnan tunne on keskeinen psyykkinen voimavara. Se on yhteydessä sekä ulkoisiin että sisäisiin resurssitekijöihin. Muun muassa yhteiskunnassa tapahtuneet nopeat muutokset ovat herättäneet tarpeen tutkia hallinnan tunnetta (Työterveyslaitos 2000). Koherenssin tunteen mittaamista varten on kehitetty SOC-mittari (Sense of Coherence) (Antonovsky, 1987). Mittari on käännetty suomen kielelle ja sitä on käytetty useissa tutkimuksissa. SOC-mittaria on käytetty esimerkiksi Mia Rivinojan Pro gradu –tutkielmassa ”Psyykkisen kuormittumisen vuoksi uhkaavan työkyvyttömyyden varhaiskuntoutus”. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten psyykkisen kuormittumisen vuoksi uhkaavan työkyvyttömyyden varhaiskuntoutuskurssi vaikuttaa masentuneisuuteen, stressin kokemiseen ja koherenssin tunteeseen. Tuloksia arvioitiin välittömästi kuntoutuskurssin loputtua ja noin vuoden kuluttua kuntoutuskurssin loppumisesta. Tutkimustulokset osoittivat, että varhaiskuntoutus vähensi stressin kokemusta ja vahvisti koherenssin tunnetta kuntoutusryhmässä, kun verrokkiryhmässä näissä muuttujissa ei tapahtunut tilastollisesti merkitseviä muutoksia (Rivinoja 1999).

Terveyden edistämisen lähtökohdat ovat terveyslähtöisyys ja elämänlaatu. Tutkimusten mukaan saavutetun terveyden, mielen hyvinvoinnin ja elämänlaadun välillä on todettu olevan korrelaatio (Lindström jne. 2006). Seuraavassa esitellään elämänlaadun käsitettä tarkemmin sekä tapoja mitata itse koettua elämänlaatua.

2.1 Elämänlaadun käsite

Puhekielessä elämänlaatu sisältää monia asioita. Myös tutkijat määrittelevät elämänlaatua usealla tavalla. Terveystutkimuksessa käytetään käsitettä ”terveyteen liittyvä elämänlaatu”, joka viittaa elämänlaadun ulottuvuuksiin, joihin terveydentila vaikuttaa ja joihin on mahdollista vaikuttaa terveydenhuollon keinoin. Elämänlaatuun ovat yhteydessä terveys, vireystila, riittävä lepo, normaali liikuntakyky, kivuttomuus ja myönteiset tunnereaktiot. Terveysteen liittyvä elämänlaatu on vaihtelevaa ja yksilö itse pystyy arvioimaan sitä parhaiten. Terveysteen liittyvään elämänlaatuun kuuluu fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia ulottuvuuksia. Myös hengellinen hyvinvointi yhdistetään elämänlaatuun (Romberg 2005, 47; Korhonen ja Sjögren 2009, 9, 10.)

Fyysinen elämänlaatu kattaa koetun terveyden, työkyvyn, liikunnan määrän ja tarmokkuuden (Korhonen ja Sjögren 2009, 10.) Ohitusleikkauspotilaiden elämänlaatua tutkittaessa selvisi, että potilailla keskeisiä elämänlaatua selittäviä tekijöitä olivat fyysisen rasituksen aiheuttamat sydänoireet ja lisäsairaudet. Mitä vähemmän fyysinen rasitus aiheutti potilaille sydänoireita, sitä paremmaksi he kokivat elämänlaatunsa (Rantanen 2009, 1.)

Psyykkinen elämänlaatu kattaa psyykkisen roolitoiminnan, itseluottamuksen, kiitollisuuden, toivon, sisäisen rauhan, kokemuksen arvostuksen saamisesta, tyytyväisyyden elämään ja elämän tarkoituksen kokemisen. Globaaleissa määritelmissä elämänlaatua pidetään tyytyväisyytenä elämään, henkilön hyvinvoinnin tunteena tai onnellisuutena. Hyvää elämänlaatua voidaan pitää hoidon tuloksellisuuden mittana, jolloin se voi myös ylläpitää terveyttä, tukea sairauden hallintaa ja jaksamista sekä lisätä hoitomotivaatiota. Elämänlaatu on laajempi käsite kuin henkilökohtainen terveydentila. Siihen sisältyy myös sosiaalinen hyvinvointi. Sosiaalinen hyvinvointi käsittää yksilön vuorovaikutuksen perheen, ystävien ja työkavereiden kanssa. Hengellinen hyvinvointi tarkoittaa yksilön käsitystä elämänsä tarkoituksesta ja merkityksestä. Toivoa on kuvattu osana hengellistä elämänlaatua (Korhonen ja Sjögren 2009, 11-12; Lukkarinen 1999, 31.)

Terveysteen liittyvä elämänlaatu on dynaaminen käsite. Toimintakyvyltään heikentynyt ihminen voi arvioida uudelleen päämääriensä ja tavoitteidensa arvojärjestystä. Uusien tavoitteiden asettaminen voi johtaa jopa parempaan hyvinvointiin ja tyytyväisyyteen kuin ennen sairastumista. Terveysteen liittyvän elämänlaadun arviointia tarvitaan mm. kliinisissä hoitokokeissa arvioitaessa hoidon tuloksia potilaan omasta näkökulmasta. Elämänlaadun arvioinnille on olemassa terveystaloustieteellisiä sovelluksia, kun arvioidaan vaihtoehtoisia terveydenhuollon menetelmiä ja niiden kustannuksia (Aalto jne. 1999.)

Yhteiskuntatieteissä elämänlaadun tutkimus on osittain kehittynyt vastapainona elintasotutkimukselle, kun on haluttu painottaa myös laadullisten tekijöiden merkitystä aineellisten arvojen rinnalla. Terveyttä ja toimintakykyä voidaan ajatella yhtenä elämänlaadun ulottuvuutena. Hoitovalinnat perustuvat lääketieteellisten hoitovaikutusten lisäksi arvioihin niiden vaikutuksesta elämänlaatuun. Myös terveydenhuollon priorisointikeskustelu edellyttää tietoa eri sairauksien ja hoitojen vaikutuksista ihmisten elämässä (Aalto jne. 1999; Antonovsky 1985; Kansainterveyslehti 1995.)

2.2 Elämänlaatumittareita

Laadukkaan ja vertailukelpoisen tiedon tuottamiseksi elämänlaatumittareita kehitetään yhä enemmän kansainvälisessä yhteistyössä, jolloin niiden luotettavuuden ja käyttökelpoisuuden tutkiminen tapahtuu jokaisessa käyttäjämaassa erikseen. Elämänlaadun tutkimuksessa voidaan käyttää tutkittavan sairauden tai terveysongelman tarkasteluun kehitettyjä sairausspesifejä mittareita tai yleisiä terveyteen liittyvää elämänlaatua kartoittavia mittareita. Yleisten mittareiden etuna on, että niiden avulla voidaan tehdä vertailuja elämänlaatueroista eri väestöryhmien sekä potilasryhmien ja valikoitumattoman väestön välillä. Terveysteen liittyvän elämänlaadun mittarit voidaan myös luokitella niiden kattavuuden mukaan globaaleihin mittareihin, yhden ulottuvuuden mittareihin sekä utiliteettimittareihin ja moniulotteisiin profiilimittareihin (Aalto jne. 1999.)

Globaaleissa mittareissa vastaaja arvioi kokonaiselämänlaatuaan tai terveydentilaansa yhden kysymyksen avulla, esim. ”Millaiseksi arvioitte oman elämänlaadunne” esimerkiksi 5-portaisella ”erittäin hyvästä” ”erittäin huonoon” vaihtelevalla asteikolla tai 0:sta 100:aan ulottuvalla janalla (Visual Analogy Scale, VAS). Vaikka yhteen kysymykseen perustuva kokonaisarvio on karkea, sen luotettavuutta tukee mm. koetun terveydentilan kysymyksen hyvä ennustearvo esim. kuolleisuutta koskevilla pitkittäistutkimuksissa. Eri hoitomuotojen vertailuun globaalit mittarit ovat kuitenkin liian karkeita. Ne eivät anna hoitojen kehittämisen kannalta olennaista tietoa siitä, millä tavalla hoito vaikuttaa potilaan terveydentilaan tai hyvinvointiin (Aalto jne. 1999.)

Yhden ulottuvuuden mittarit rajoittuvat kartoittamaan vain tiettyä terveyteen liittyvän elämänlaadun ulottuvuutta. Saatavilla on monia mittareita, joita ei alun perin ole kehitetty elämänlaatumittareiksi, mutta jotka kuitenkin kartoittavat terveyteen liittyvän elämänlaadun ulottuvuuksiin liittyviä ilmiöitä. Toimintakykyä kartoittavia mittareita ovat mm. ADL (Activities of Daily Living), jota on käytetty vanhusväestön toimintakyvyn arvioinnissa. Psykykkisen hyvinvoinnin arviointiin on kehitetty runsaasti mittareita, mm. BDI (Beckin depressio-mittari, Beck 1967), Spielbergin STAI-ahdistusmittarit ja psyykkistä rasittuneisuutta kartoittava GHQ (General Health Questionnaire sekä terveyshuolestumista kartoittava AIS (Illness Attitude Scale). Yhden ulottuvuuden mittarit voivat myös kartoittaa tiettyyn sairauteen liittyviä elämänlaadun ulottuvuuksia, kuten sydänpotilaiden toimintakykyä kuvaava NYHA-indeksi (The Criteria Committee of the New York Heart Association 1973). Yhden ulottuvuuden mittarit ovat usein suppeita yksin käytettäväksi, mutta niitä yhdistelemällä voi saada käyttökelpoisia ja tarkoituksenmukaisia mittaripatteristoja. Yhden ulottuvuuden sairausspesifit mittarit voivat olla myös käyttökelpoisia täydentämään yleisiä moniulotteisia mittareita (Aalto jne. 1999: s. 4.)

Terveystaloustieteellisiin arviointitutkimuksiin on kehitetty ns. elämänlaadun utiliteettimittareita. Niillä pyritään yhteismitallisesti arvioimaan erilaisten terveydenhuollon toimenpiteiden kustannus-utiliteettisuhdetta laukupainotettujen elinvuosien avulla (quality adjusted life years, QALY) (Aalto jne. 1999: s. 4.)

Profiilimittareissa elämänlaatua tarkastellaan erikseen usealla ulottuvuudella. Moniulotteiset profiilimittarit voivat olla yleisiä tai sairausspesifejä. Moniulotteisella mittarilla voidaan saada esille sairauden ja hoidon sekä kielteiset että myönteiset vaikutukset. Yleiset moniulotteiset mittarit soveltuvat hyvin mm. väestön terveydentilan seurantaan sekä eri sairauksien vaikutusten vertailuun. Kun tarkastellaan elämänlaatua tietyssä sairaudessa, on mittareita yleensä hyvä täydentää myös kyseiseen sairauteen liittyvällä spesifillä mittarilla. Kansainvälisesti laajassa käytössä olevia yleisiä profiilimittareita ovat mm. SF-20, SF-36, RAND-36, Nottingham Health Profile (NHP) ja Sickness Impact Profile (SIP) -kyselymittarit (Aalto jne. 1999: s. 4.)

Suomessa ovat tähän mennessä olleet käytössä suomenkieliset versiot mm. NHP, SF-20, ja RAND-36 Item Health Survey –mittareista. Suomenkielisiä versioita on myös yhden ulottuvuuden mittareista, kuten toimintakykymittareista, mielialaa kartoittavista BDI:stä ja STAI-mittareista, sekä terveyshuolestumista kartoittavasta IAS-mittarista (Aalto jne. 1999: s. 3.)

2.3 Elämänlaatumittarit ja ICF

ICF-luokitus on toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Se tarjoaa kansainvälisesti yhtenäisen viitekehyksen kuvata ihmisen toimintakykyä eli toiminnallista terveydentilaa. Toimintakykyprosessin osa-alueita ovat lääketieteellinen terveydentila, ruumiin toiminnot ja rakenteet, suoritukset ja osallistuminen sekä kontekstuaaliset tekijät. Näihin osa-alueisiin sisällytetään myös toiminnanrajoitukset. (STAKES 2005: 18.)

Suomalaisen TOIMIA-asiantuntijaverkoston tavoitteena on ollut parantaa toimintakyvyn arvioimisen ja mittaamisen laatua sekä yhdenmukaistaa käytettyä terminologiaa. Tehtävää on toteutettu etsimällä ja arvioimalla käytössä olevia yhteiseen käyttöön suositeltavia arviointimenetelmiä. Tutkimuksessa on analysoitu neljää Suomessa käytössä olevaa terveyteen liittyvää elämänlaadun mittaria (RAND-36,15D, EuroQol ja WHOQOL-BREF) ICF-luokituksen viitekehyksessä.

Tutkimusten perusteella WHOQOL-BREF –elämänlaatumittarin on todettu kattavan tasaisimmin toimintakyvyn eri osa-alueet (Koskinen jne. 2009.)

2.4 Elämänlaatutekijöiden näkyminen fysioterapian tutkimuksissa

Fysioterapeuttisen harjoittelun vaikutuksia on tutkittu elämänlaatumittareiden avulla. Esimerkiksi Turkissa on tutkittu fyysisen (aerobisen) harjoittelun vaikutusta 10 viikon jaksolla (3 päivänä viikossa) skitsofreniapotilaiden mielentilaan ja elämänlaatuun. Positiiviset oireet vähenivät merkitsevästi ja elämänlaatupisteet lisääntyivät WHO:n QOL (Quality of Life, turkkilainen versio) –mittarin mukaan (Acil jne. 2008.)

Elämänlaatutekijät saattavat tutkimuksissa nousta esille enemmän kuin itse tutkitut teemat. On tehty esimerkiksi meta-analyysi autogeenisestä harjoittelusta tehdyistä 35 tutkimuksesta. Tutkimusten joukosta nousivat esille epäsuorat vaikutukset, kuten vaikutus mielentilaan, kognitiiviseen suorituskyykyyn, elämänlaatuun ja psykososiaalisiin muuttujiin (Stetter jne. 2002.)

Stressinhallinnan harjoittamisen vaikutusta elämänlaatuun on tutkittu sydäninfarktipotilailla kolme kuukautta infarktin tai ohitusleikkauksen jälkeen. Potilaat saivat kymmenen viikon rentousharjoitteluun perustuvan stressinhallintaohjelman. Kontrolliryhmä sai tavanmukaista hoitoa. Seurantatietoa kerättiin kuuden kuukauden ajan. Tuloksena näkyi merkitsevästi suurempaa parantumista emotionaalisessa hyvinvoinnissa, psyykkisessä hyvinvoinnissa, arkiaktiivisuudessa ja tyytyväisyydessä omaan terveyteen. Johtopäätöksenä tutkijat totesivat stressinhallinnan harjoittamisen johtavan elämänlaadun parantumiseen sydäninfarkti- ja ohitusleikkauspotilailla (Trzcieniecka-Green A jne. 1996.).

Tsekin tasavallassa tutkijat selvittivät psykomotorisen terapian vaikutusta dementiaa sairastavien päiväkeskuspotilaiden tilaan. Lopputulokseksi tuli, että psyykkisessä tilassa ei tapahtunut merkitsevää muutosta. Sen sijaan terapian

aikana potilaiden elämänlaatuun liittyvät tekijät alkoivat vakiintumaan. Johtopäätökseksi tuli, että toimintojen kautta potilaat voivat osallistua mielekkääseen toimintaan ja kokea olevansa tärkeitä ihmisiä (Hatlova Bela jne. 2010.).

Tanskalaisessa tutkimuksessa arvioitiin kivun voimakkuutta, toiminnanvajauksia ja itse koettua terveyttä stressiperäisestä kipuoireyhtymästä kärsivillä potilailla, jotka osallistuivat 4-viikon yksilölliseen ja monimuotoiseen ryhmäkuntoutusohjelmaan kidutettujen kuntoutus- ja tutkimuskeskuksessa. Ryhmäkerroilla annettiin tietoa ihmisen anatomiasta ja fysiologiasta, ergonomiasta, rentoutumisesta ja hengityksestä sekä stressin hallinnasta. Fyysisen harjoittelun avulla pyrittiin parantamaan osallistujien aerobista suorituskkyä, lihasvoimaa, tasapainoa ja koordinaatiota. Neljän viikon ohjelman jälkeen parannusta oli nähtävissä potilaiden kyvyssä selviytyä päivittäisistä aktiviteeteista. Kivun intensiteetissä ei tapahtunut muutosta, mutta parannusta tapahtui terveyden kokemiseen suhteutussa elämänlaadussa. Itse-koettu terveydentila näytti tasaista paranemista kaikilla seurattavilla (Persson jne. 2010.).

2.5 RAND-36 –elämänlaatumittari

Medical Outcome Study (MOS) on RAND-tutkimuslaitoksessa toteutettu yhdysvaltalainen tutkimushanke, jonka yhtenä tavoitteena on ollut kehittää välineitä terveydenhuollon tulosarviointiin (outcome measures). Hankkeen lähtökohtana on korostaa potilaan näkökulman esiintuomista terveydentilan arvioinnissa. Kansanterveyslaitoksen ja STAKESin yhteistyönä on valmistunut suomenkielinen versio yhdysvaltalaisesta terveyteen liittyvän elämänlaadun kyselystä RAND-36 (Aalto jne. 1999: s. 4.)

RAND-36 –mittari sisältää 36 kysymystä. Mittari kartoittaa hyvinvointia ja toimintakykyä kahdeksalla ulottuvuudella: koettu terveydentila, fyysinen toimintakyky, psyykinen hyvinvointi, sosiaalinen toimintakyky, tarmokkuus, kivuttomuus, roolitoiminta/fyysisistä syistä johtuvat ongelmat ja roolitoiminta/psyykkisistä syistä johtuvat ongelmat. Lisäksi mittari sisältää ulottuvuuksien ulkopuolisen, tervey-

dentilassa tapahtunutta muutosta kartoittavan kysymyksen. (Aalto jne. 1999: s. 4; Kansanterveyslehti 1995.)

Tutkimuksen pätevyys (validius) tarkoittaa mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata sitä, mitä tutkimuksessa on tarkoituskin mitata. Tutkimuksen luotettavuus (reliaabelius) tarkoittaa sitä, että toistettaessa saman henkilön kohdalla mittaus, saadaan täsmälleen sama mittaustulos riippumatta tutkijasta. Tutkimuksen pätevyys ja luotettavuus muodostavat yhdessä mittarin kokonaisluotettavuuden. Tutkimustulosten mukaan RAND-36 –mittari on reliaabeli, validi ja käyttökelpoinen mittaamaan suomalaisen väestön terveyteen liittyvää elämänlaatua. Mittarin asteikko-ominaisuudet olivat vertailukelpoisia muissa maissa saatuihin kokemuksiin (Vilkkä 2005: 161; Aalto jne. 1999: 3. 5, 48.)

Moniulotteista RAND-36-mittaria voidaan käyttää terveystutkimuksissa, joissa halutaan selvittää eri kroonisten sairauksien vaikutuksia. Se soveltuu myös tulomittariksi terveydenhuollon arviointitutkimuksissa, kun halutaan saada tietoa terveysintervention vaikutuksista eri elämänalueilla. Terveyteen liittyvä elämänlaatu on todettu olevan pääsääntöisesti heikompi iäkkäämmillä, vähemmän koulutetuilla, pitkäaikaissairailla sekä runsaasti terveyspalveluja käyttävillä (Aalto jne. 1999: 3. 5, 48.)

Verrattuna muissa maissa saatuihin tuloksiin suomalaisen mittarin version ”koettu terveys” –asteikko vaikuttaa heijastavan enemmän fyysisiä terveysongelmia ja ”tarmokkuus” –asteikko taas odotettua enemmän psyykkisiä terveysongelmia. Vaikka RAND-36-mittari on kehitetty ryhmätason vertailuja varten tutkimuskäyttöön, fyysisen toimintakyvyn asteikon luotettavuuden on todettu ylittävän myös yksilötestaukselle asetetun reliaabelius kriteerin. RAND-36-mittari soveltuu hyvin työvälineeksi esimerkiksi kuntoutustyöntekijöille, jotka haluavat seurata oman työnsä tuloksellisuutta ryhmätasolla (Aalto jne. 1999: 3. 5, 48.)

2.6 RAND-36 –elämänlaatumittari fysioterapian tutkimuksissa

RAND-36 –elämänlaatumittarista löytyy jonkin verran tietoa fysioterapian tutkimukseen liittyvästä PEDro-tietokannasta. Mittaria on käytetty esimerkiksi mittaamaan fyysisen ja kognitiivisen harjoittelun hyötyjä verrattuna fyysiseen harjoitteluun syöpäkuntoutujilla. Tutkimuksessa todettiin, että kognitiivinen harjoittelu fyysisen harjoittelun ohella ei lisännyt elämänlaatua (www.pedro.org.au).

Mittaria on käytetty myös sydänkuntoutujille mittaamaan matala- ja korkeatehoksen harjoittelun eroja. Tutkimuksessa todettiin merkitsevä eroja psyykkisessä hyvinvoinnissa korkeatehosisessa harjoittelussa verrattuna matalatehoiseen harjoitteluun. Suurin osa potilaista koki myös fyysisen suorituskyvyn lisääntymistä. Myös selkäkoulun hyötyjä selvitetäessä mittaria on käytetty ja löydetty merkitseviä parannuksia toimintakyvyssä (www.pedro.org.au).

3 RENTOUDESTA VOIMAVAROJA –KURSSIN OSALLISTUJILTA KERÄTTY PALAUTE

Rentoudesta voimavaroja -kurssille oli ilmoittautunut kaksitoista henkilöä, joista yksitoista aloitti kurssin. Kaksi kurssilaisista keskeytti kurssin, toinen vuorotyöhön siirtymisen ja toinen työpaikan maantieteellisen sijainnin vaihtumisen vuoksi. Kurssin kävi loppuun yhdeksän henkilöä. Nämä yhdeksän henkilöä täyttivät sekä kurssin alussa että lopussa RAND-36 –elämänlaatumittarin (Aalto jne. 1999: s. 69-73) ja fysioterapian oman haastattelulomakkeen (LIITTEET 1 ja 2).

Osallistujista kaksi oli miestä ja loput seitsemän naisia. Ikäjakama oli 25-48 vuotta. Kurssin ajankohta oli maanantaisin klo 16:30-17:30, koska osallistujat olivat pääsääntöisesti työssä käyviä ihmisiä. Osallistujilla oli diagnooseina muun muassa epätyypillinen masennus, määrittämätön masennustila, tarkkaavaisuushäiriö, emotionaalisesti epävakaa persoonallisuus, bipolaarihäiriö ja ahdistuneisuushäiriö. Tässä kehittämistehtävässä ei osallistujien tietoja luokitella iän,

sukupuolen tai diagnoosin mukaan, vaan käsitellään kaikkien yhdeksän osallistujan yhteispistemääriä.

Kurssilaiset allekirjoittivat kaksi kappaletta suostumuslomakkeita (LIITE 3), joista he saivat toisen itselleen. Tutkimuksellisen osuuden tekemiseen oli kaupungin terveyskeskuksen tutkimustoiminnan koordinaatiotyöryhmän antama tutkimuslupa. Tutkimusaineiston laajuuden vuoksi tulosten esittämisessä on keskitytty niihin kohtiin haastattelulomakkeissa, jotka näyttivät muutosta ja niihin asioihin, jotka nousivat vastauksissa useimmiten esiin.

Kehittämistehtävässä ei ole käytetty yhtä tiettyä tutkimusmenetelmää. RAND-36 –mittarin tulosten tallentamisessa on noudatettu STAKESin suosituksia, joiden perusteella sairaalan ylilääkäri oli laatinut tietojenkäsittelyn pohjaksi elämänlaatusiiteitä laskevan algoritmitaulukon. Kurssin osallistujien tiedot on yhdistetty laskemalla algoritmitaulukon avulla osallistujien elämälaatusiiteet kultakin mittarin osa-alueelta ja laskemalla sen jälkeen pisteille keskiarvot. Pisteiden keskiarvoja on tarkasteltu sekä kurssin alussa että lopussa. Sen jälkeen on laskettu yhteispisteiden prosentuaaliset muutokset.

Fysioterapian omista lomakkeista on laskettu kurssin alussa ja lopussa osallistujien pisteiden keskiarvot jännittyneisyyden aste –janalle ja oirepisteille. Muista osallistujien vastauksista on vedetty yhteen eniten esille nousevat asiat. RAND-36 –mittarin muutokset ja fysioterapian omien lomakkeiden näyttämät tulokset on esitetty rinnakkain.

3.1 RAND-36 –elämänlaatumittarin näyttämät tulokset

RAND-36-elämänlaatumittari on jaoteltu kahdeksaan osa-alueeseen: fyysinen toimintakyky, roolitoiminta/fyysinen, roolitoiminta/psykykinen, tarmokkuus, psykykinen hyvinvointi, sosiaalinen toimintakyky, kivuttomuus ja koettu terveys. Näille osa-alueille on STAKES antanut suomalaiselle väestölle sopivia viitearvoja. Viitearvot on myös jaoteltu sukupuolen, iän ja sairastavuuden mukaan (Aalto

jne. 1999: 36). Tässä kehittämistehtävässä tarkastellaan ainoastaan koko väestölle annettuja viitearvoja huomioimatta ikää ja sukupuolta. Kehittämistehtävässä on tarkasteltu vielä erikseen pitkäaikaisesti sairastaville annettuja viitearvoja. Pitkäaikaissairastavuudessa ei eritellä, onko kyseessä fyysinen vai psyykkinen sairaus. Osallistujien saamat arvot on laskettu STAKESin antamien ohjeiden avulla keskimääräisinä lukuina. Kunkin osa-alueen tulos oli mahdollista olla välillä 0-100 pistettä, jossa 100 pistettä on paras mahdollinen tulos kullakin osa-alueella.

Fyysisen toimintakyvyn osa-alueeseen RAND-36 –mittarissa lasketaan selviytyminen erilaisista päivittäisistä toiminnoista, tietyn pituisten matkojen kävelemisestä ja muista lomakkeen kysymyksissä määritellyissä toiminnoissa. Kurssille osallistuneiden yhdeksän henkilön keskimääräinen fyysinen toimintakyky oli RAND-36 –pisteillä laskettuna kurssin alussa 90 pistettä (100 pisteestä) eli 6 % koko väestön viitearvoa (84,9 pistettä) suurempi ja 14 % pitkäaikaissairastavien viitearvoa (79,1 pistettä) suurempi. Fyysinen toimintakyky oli kurssin lopussa 91,7 pistettä eli parannusta tapahtui 2 %. Fyysinen toimintakyky oli kurssin lopussa 8 % yli koko väestön viitearvoa suurempi ja 16 % pitkäaikaissairaiden viitearvoa korkeampi.

Roolitoiminta/fyysinen –osa-alue RAND-36 –mittarissa kartoittaa työssä suoriutumista ruumiillisen terveydentilan sallimissa rajoissa. Kurssilaisten keskimääräinen pisteluku tällä osa-alueella oli kurssin alussa 83,3 pistettä. Pistemäärä on 11 % koko väestön viitearvoa (74,8 pistettä) suurempi ja 31 % pitkäaikaissairastavien viitearvoa (63,7 pistettä) suurempi. Kurssin lopussa pisteluku oli 83,3 pistettä eli sama kuin kurssin alussa.

Roolitoiminta/psyykkinen –osa-alue RAND-36 –mittarissa kartoittaa tunne-elämän vaikutusta työssä ja muissa päivittäisissä tehtävissä suoriutumiseen. Kurssilaisten keskimääräinen pisteluku tällä osa-alueella oli kurssin alussa 59,3 pistettä eli 21 % koko väestön viitearvoa (75 pistettä) alhaisempi ja 14 % pitkäaikaissairaiden viitearvoa (69,2 pistettä) alhaisempi. Kurssin lopussa pisteluku oli 70,4 pistettä eli parannusta tapahtui 19 %. Pistearvo kurssin lopussa oli 6 % koko väestön viitearvoa (75 pistettä) alhaisempi ja 2 % pitkäaikaissairaiden viitearvoa korkeampi.

Tarmokkuus-osio RAND-36 –elämänlaatumittarissa koostuu useasta eri lomakkeen kohdassa esiintyvistä kysymyksistä, joissa kartoitetaan tarmokkuuden ja väsymyksen tuntemuksia viimeisen neljän viikon aikana. Kurssilaisten keskimääräinen pisteluku tarmokkuuden osa-alueella oli kurssin alussa 55 pistettä eli 14 % koko väestön viitearvoa (64 pistettä) alhaisempi ja 5 % pitkäaikaissairaiden viitearvoa (58,1 pistettä) korkeampi. Kurssin lopussa pisteluku oli 53,3 pistettä eli tarmokkuus väheni kurssin aikana 3 %. Pistearvo kurssin lopussa oli 17 % koko väestön viitearvoa alhaisempi ja 8 % pitkäaikaissairastavien viitearvoa alhaisempi.

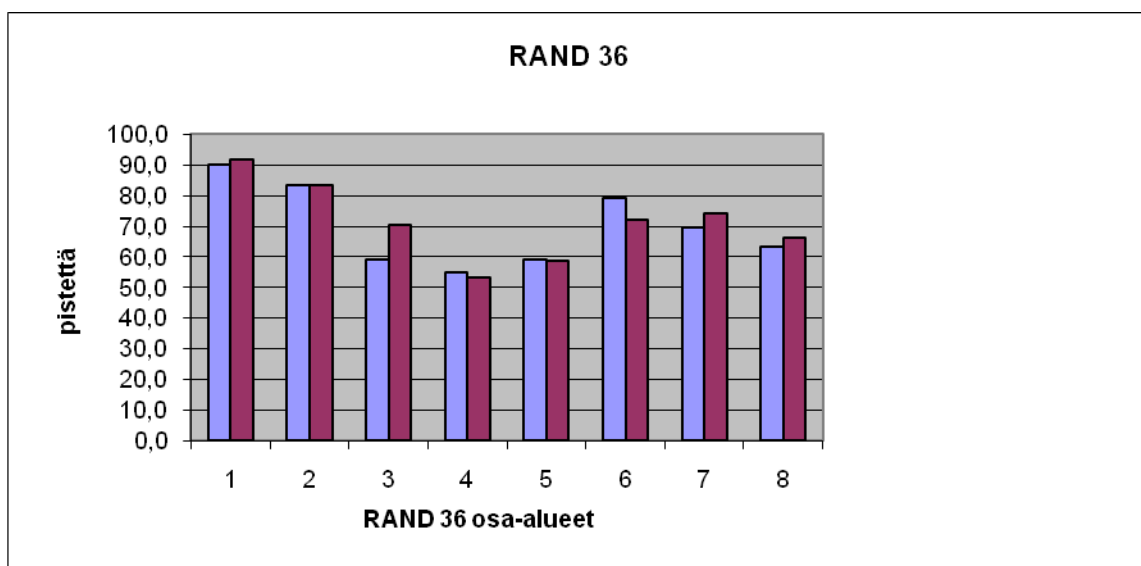
Psykkistä hyvinvointia käsitellään RAND-36 –mittarissa useassa eri kysymyksessä kartoittamalla mielialoja neljän viimeisen viikon aikana. Kurssilaisten keskimääräinen pisteluku psyykkisen hyvinvoinnin osa-alueella oli kurssin alussa 59,1 pistettä eli 21 % koko väestön viitearvoa (73,7 pistettä) alhaisempi ja 16 % pitkäaikaissairaiden viitearvoa (70 pistettä) alhaisempi. Kurssin lopussa pisteluku oli 58,7 eli 1 % kurssin alkua alhaisempi.

Sosiaalista toimintakykyä kartoitetaan RAND-36 – mittarissa pyytämällä vastaajaa arvioimaan kahdessa eri lomakkeen kohdassa ruumiillisen terveydentilan tai tunne-elämän vaikeuksien vaikutusta sosiaaliseen toimintaan viimeisen neljän viikon aikana. Tällä osa-alueella kurssilaisten pistearvo oli kurssin alussa 79,2 pistettä eli 4 % koko väestön viitearvoa (82,1) alhaisempi ja 3 % pitkäaikaissairaiden viitearvoa (76,8 pistettä) korkeampi. Kurssin lopussa pisteluku oli 72,2 pistettä eli 9 % alhaisempi kuin kurssin alussa. Kurssin lopun pisteluku oli 12 % koko väestön viitearvoa alhaisempi ja 6 % pitkäaikaissairaiden viitearvoa alhaisempi.

Kivuttomuutta viimeisten neljän viikon aikana kysyttiin kartoittamalla voimakkaita kipuja yleensä ja kivun vaikutusta työssä toimimiseen. Kurssilaisten pisteluku kurssin alussa oli 69,7 pistettä eli 9 % koko väestön viitearvoa (76,2 pistettä) alhaisempi ja 3 % pitkäaikaissairaiden viitearvoa (67,8 pistettä) korkeampi. Kurssin lopussa pisteluku oli 74,2 pistettä eli kivun vähentymistä tapahtui kurssin aikana 6 %. Pisteluku oli 3 % koko väestön viitearvoa alhaisempi ja 9 % pitkäaikaissairaiden viitearvoa korkeampi.

Koettu terveys –osio koostuu viidestä eri kysymyksestä, joissa kartoitetaan vastaajan omaa arviota terveydentilastaan. Kurssilaisten kokema terveys oli kurssin alussa keskimäärin 63,3 pistettä eli 3 % koko väestön viitearvoa (65 pistettä) alhaisempi ja 9 % pitkäaikaissairaiden viitearvoa (58,1) korkeampi. Kurssin lopussa kurssilaisten kokema terveys oli 66,1 pistettä eli kurssilaiset kokivat itsensä 4 % terveemmäksi kurssin lopussa. Kurssin lopun pisteluku oli 2 % koko väestön viitearvoa suurempi ja 14 % pitkäaikaissairaiden viitearvoa korkeampi.

Seuraavissa kaavioissa on esitelty eri RAND-36 elämänlaatumittarin osalueiden elämänlaatupisteitä rentouskurssin alussa ja lopussa (kaavio 1) sekä samat elämänlaatupisteet verrattuina koko väestön viitearvoihin (kaavio 2). Kolmannessa kaaviossa elämänlaatupisteitä on verrattu myös pitkäaikaissairaiden viitearvoihin (kaavio 3).

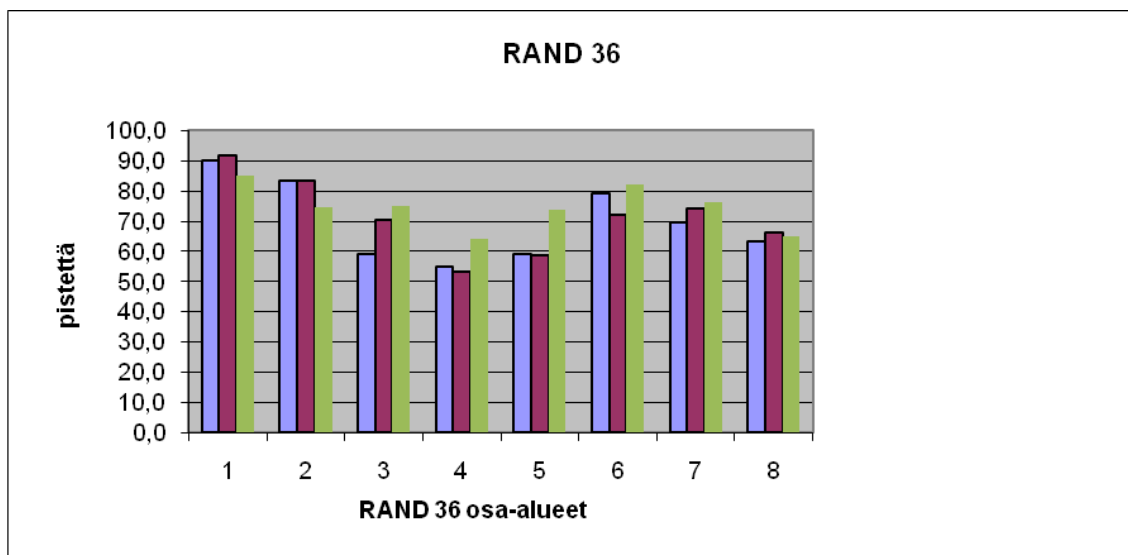


Kaavio 1: RAND-36 –elämänlaatumittarin eri osa-alueiden näyttämät elämänlaatupistemäärät Rentoudesta voimavaroja –kurssilla yhdeksän viikon ajalta.

Edellä olevassa kaaviossa (kaavio 1) vasemman puoleinen pylväs kertoo kursseille osallistujien keskimääräiset elämänlaatupisteet kurssin alussa ja oikeanpuoleinen pylväs keskimääräiset elämänlaatupisteet kurssin lopussa.

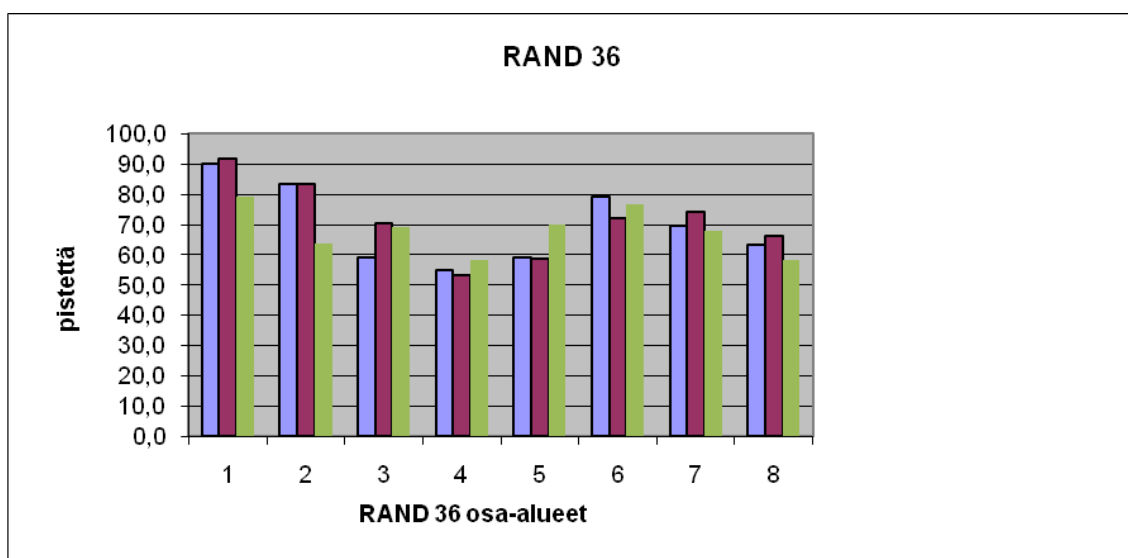
Pylväiden numerointeja vastaavat elämälaadun osa-alueet kaaviossa ovat:

- 1 = fyysinen toimintakyky
- 2 = roolitoiminta / fyysinen
- 3 = roolitoiminta / psyykkinen
- 4 = tarmokkuus
- 5 = psyykkinen hyvinvointi
- 6 = sosiaalinen toimintakyky
- 7 = kivuttomuus
- 8 = koettu terveys



Kaavio 2: Kaavio 1: RAND-36 –elämänlaatumittarin eri osa-alueiden näyttämät elämänlaatupistemäärät Rentoudesta voimavaroja –kurssilla yhdeksän viikon ajalta yhdessä koko väestön viitearvojen kanssa.

Kaaviossa on esitetty samat lukemat kuin kaaviossa 1 ja lisätty vielä kolmanneksi pylvääksi oikealle koko väestön viitearvot.



Kaavio: Kaavio 3: Kaavio 1: RAND-36 –elämänlaatumittarin eri osa-alueiden näyttämät elämänlaatupistemäärät Rentoudesta voimavaroja –kurssilla yhdeksän viikon ajalta yhdessä pitkäaikaissairastavien viitearvojen kanssa.

Kaaviossa on esitetty samat lukemat kuin kaaviossa 1 ja lisätty vielä kolmanneksi pylvääksi oikealle pitkäaikaissairastavien viitearvot.

3.2 Fysioterapian omien haastattelulomakkeiden antamat tulokset

Tässä kehittämistehtävässä tarkastellaan kurssilaisten tavoitteita ja niiden toteutumista sekä muita fysioterapian haastattelulomakkeista esille tulevia asioita. Lisäksi verrataan jännittyneisyyden astetta ja oirepisteitä kurssin alussa ja lopussa. Tulosten esittäminen on jaettu kolmeen haastattelulomakkeista eniten esille nousevaan teemaan: jännittyneisyys ja levottomuus, kivun kokeminen sekä koettu terveys.

3.2.1 Jännittyneisyys ja levottomuus

Kurssilaiset kertoivat tavoitteitaan kurssin suhteen seuraavasti: ”Avoimin mielin”. ”Oppia hallitsemaan kokoaikaisen jännityksen fyysisiä oireita”. ”Itsekontrolli, rauhallisuus. Toivon, että kurssin jälkeen en ole duracell pupu vailla päämäärää.” ”Että oppisin hallitsemaan levottomuuttani ja pelkoani, ja olemaan läsnä nykyhetkessä, että oppisin rentouttamaan itseni iltaisin, jotta saisin nukuttua.” ”Oppia hallitsemaan ahdistusta, pelkotiiloja, stressiä ja paniikkikohtauksia. Viime aikoina ei ole ollut koska olen ollut lomalla, mutta työuupumus ja kaamosmasennus aiheuttaa.” ”Oppia rentoutumaan ja saada voimia pysähtymällä ja rauhoittumalla kaiken arkisen hektisyyden keskellä.” ”’Puhdistava’ rentous, ajasta irti pääseminen (työstressi).” ”Helpottaa unensaantia ja rauhoittumista yleensäkin.” ”Toivon, että oppisin rentoutumaan stressaavissa tilanteissa ja muutenkin.”

Kurssilaisten oloa tiedusteltiin kurssin alussa ja he vastasivat seuraavasti: ”Kohdalaiseksi”. ”Hieman jännittynyt koko ajan”. ”Levottomaksi noin yleensä, vaikea rauhoittua, keskityn liian moneen asiaan jolloin seuraa unohtelua, levottomuutta ja ahdistusta.” ”Levoton, hektinen, maaninen (lievästi).” ”Hyväksi.” ”Väsyneeksi.” ”Melko hyväksi.” ”Lievästi hypomaaninen.” ”Olo on ihan hyvä. Hartiat tuntuvat jäykiltä, josta johtuen olo ei ole niin rento kuin voisi olla.”

Fysioterapian omassa alku- ja loppuhaastattelulomakkeessa pyydettiin kurssilaisia arvioimaan omaa jännittyneisyyden astettaan kurssin alussa ja lopussa asteikolla 0-10, jossa 0 = ei yhtään jännittynyt ja 10 = erittäin jännittynyt. Yhdek-

sän haastateltavan keskimääräinen jännittyneisyyden aste oli kurssin alussa 6 pistettä ja kurssin lopussa 5 pistettä eli jännittyneisyys väheni 17 % kurssin aikana.

Fysioterapian omissa haastattelulomakkeissa kartoitettiin myös osallistujien omaa kokemusta jännittyneisyys- ja levottomuusoireistaan, joita kurssilaiset saivat pisteyttää asteikolla 1-3, jossa 1 = lievä oire ja 3 = erittäin voimakas oire. Maksimipistemäärä, joka oli mahdollista saada, oli 84 pistettä. Kurssin alussa oireita oli keskimäärin 51 pistettä ja kurssin lopussa 48 pistettä eli jännittyneisyys- ja levottomuusoireet lievittyivät 6 % kurssin aikana.

Kurssilaisten liikunnan määrää kysyttiin kurssin alussa ja lopussa. Kurssin lopussa kysyttiin myös sitä, onko suhde liikuntaan muuttunut. Potilaista neljä harrasti liikuntaa kurssin alussa 2-3 x viikossa, neljä korkeintaan kerran viikossa ja yksi vältti kaikenlaista liikkumista. Kurssin lopussa viisi potilasta harrasti liikuntaa 2-3 x viikossa, kolme korkeintaan kerran viikossa ja yksi liikkui vain sen verran kuin on välttämätöntä. Kaksi osallistujista lisäsi liikuntaa rentouskurssin aikana. Osallistujat kommentoivat kurssin lopussa suhdettaan liikuntaan tai muutosta siinä kurssin aikana: "Olen laiskistunut". "Suhde liikuntaan ei ole muuttunut". "Ei ole muuttunut." "Aktiivisempi." "Yritän uudelleen säännöllistä vesijump-paa ja –juoksua, ne jäi kesällä. Jooga (hyvin alkeistasolla) kiinnostaisi: hengittämisharjoitteet." "Tarkoitus olisi liikkua enemmän." "Pyrin liikkumaan monta kertaa viikossa, mutta sairaudet, perhe ja työvuorot vaikuttavat välillä." "Pyrin liikkumaan enemmän kuin ennen."

Osallistujilta kysyttiin, mistä kurssilla koetuista asioista tai harjoitteista he saivat itselleen konkreettista apua sekä miten ja milloin kurssilaiset olivat aikoneet niitä toteuttaa arkielämässään. Kurssilaiset kommentoivat kysymystä: "Jännitys-rentous –harjoittelu. Aina kun en pysty muuten rentoutumaan". "Hengitysharjoituksista. Auttavat keskittymään siihen hetkeen, jossa olen. Sopivan rauhallisessa tilanteessa kotona, ja tarpeen vaatiessa työpaikalla rauhallisessa paikassa." "Hengitys ja rentoutus. Olen nukkunut paremmin ja pidempään. Aion toteuttaa melkein päivittäin." "Hengityksen tarkkailulla olen päässyt uneen helpommin. Jännitys-rentousharjoitukset ovat auttaneet oman kehon rajojen ja kokonaisuuden tuntemisessa. Iltaisin, jos en saa unta, aion keskittyä hengityksen tarkkai-

luun ja sen laskemiseen, koska se auttaa nukahtamaan. Stressaavissa ja ahdistavissa tilanteissa aion yrittää ainakin rentoutusta.” ”Monet rentoutumisharjoitteet. Silloin tällöin, kotona, töissä.” ”Äänirentoutus. Liikkeen ja rentouden yhdistäminen. Eri raajojen etc. rentouttamiset kokonaisrentoutumisen osana. Äänirentoutusta kokeilen työssäni erityislasten kanssa. Kotona nukkumisvaikeuksissa jännitys-rentous –harjoitteita.” ”Hengitysharjoitukset (pelkotilat, vatsakivut, jännitys), mielikuvaharjoitukset (ahdistus), kehon rentouttaminen kohta kohdalta (ahdistus, pelko). Kotona rauhassa, tavoitteena olisi kerran viikossa. Aina pelkotilojen ja paniikkikohtauksen uhatessa. Kipujen ja särkyjen lievittämiseen.” ”Unensaantia helpottavista harjoitteista ja pikarentoutuksesta. Pidän ohjatusta harjoittelusta ja yritän jatkaa niin (joogan tms. avulla). Yksin on vaikeaa löytää aika ja keskittyä.”

3.2.2 Kivun kokeminen

Kurssin alussa osallistujat, yhtä lukuun ottamatta, raportoivat kiputuntemuksia eri kohdissa kehoa painottuen selän ja pään alueelle: ”joka paikassa”, ”leuoissa”, ”selkä”, ”pää” jne. Kurssin lopussa yhdellä oli koko kehon kiputuntemus siirtynyt pelkästään selän ja pään alueelle, kahdella oli kivun tuntemus muuttunut jännittyneisyyden aistimiseksi kivuliaissa kohdissa tai niiden läheisyydessä. Kahdella osallistujista kivun tuntemus pysyi samana. Yhdellä osallistujalla kipua lisääntyi ja kahdella se vaihtoi paikkaa kehossa.

Kurssilaisten kehollisia tuntemuksia kurssin aikana kartoitettiin yhdellä kysymyksellä loppuhaastattelulomakkeessa. Kivusta ei erikseen kysytty, mutta kurssilaiset kokivat monet tuntemukset kipuaistimuksina. Kurssilaisilta tuli vastauksina seuraavia kommentteja: ”Vatsakipu, kihelmöinti”. ”Väsymystä”. ”Vähän levottomuutta.” ”Kipu; leikatussa ja ei leikatussa jaloissa. Selkäsärky. Ylivarovaisuuden vuoksi vetäytymistä, säikähtelyä.” ”Vatsakipu. Nyt olen tosin saanut apua vatsavaivoihin hengitysharjoituksista.” ”Sairastelu on osaltaan vaikuttanut fyysiseen oloon, muutoin aika hyvä ja vahva olo.” ”Pistävä päänsärky vasemmalla puolella. Kestää noin sekunnin kerrallaan.”

3.2.3 Koettu terveys

Kurssilaisten omaa arviota fyysisestä ja psyykkisestä voinnista puolen vuoden päästä kysyttiin fysioterapian omassa loppuhaastattelulomakkeessa. Kurssilaiset vastasivat seuraavasti: "Varmaan aika sama". "Toivottavasti parempi". "Erittäin hyvä ja tasapainoinen". "Fyysinen vointini tuskin muuttuu radikaalisti nykyisestä. Psyykkiseen vointiin en osaa ottaa kantaa, toivottavasti kuitenkin mahdollisimman tasapainoinen." "Hyvä." "Toivottavasti parempi." "Toivottavasti vastaava tai parempi. Asiat ovat nyt suhteellisen hyvin." "Toivottavasti yhtä hyvä tai vielä parempi kuin nyt."

3.3 Yhteenveto tuloksista

Osallistujien tavoitteita kurssin alussa olivat ahdistusoireiden parempi hallinta, kyky rauhoittua ja parempi unen laatu. Olonsa kurssilaiset kokivat kurssin alussa pääosin levottomaksi ja jännittyneeksi.

Sosiaalinen toimintakyky, joka RAND-36 –mittarissa kartoittaa sosiaalista toimintaa perheen, tuttavien ja muiden ihmisten kanssa, aleni kurssin aikana 9 %. Psyykkinen terveys aleni 1 % ja tarmokkuus 3 % kurssin aikana. STAKESin tutkimuksen mukaan Psyykkinen terveys ja tarmokkuus korreloivat keskenään (STAKES s. 24.)

Roolitoiminta/psyykkinen –osa-alue RAND-36 –mittarissa kartoittaa tunne-elämän vaikutusta työssä ja muissa päivittäisissä tehtävissä suoriutumiseen. Tällä alueella tapahtui kurssin aikana parannusta 19 %. Fyysinen toimintakyky lisääntyi kurssin aikana 2 %. STAKES on tutkinut, että roolitoiminta/psyykkinen –osa-alue on heikommin yhteydessä psyykkiseen terveyteen ja vahvemmin yhteydessä fyysiseen terveyteen (STAKES s. 24). Fyysinen toimintakyky oli jo kurssin alussa korkea eli 6 % koko väestön viitearvoa suurempi.

Kurssilaisten oma kokemus jännittyneisyys- ja levottomuusoireidensa voimakkuudesta lieventyi 6 % ja jännittyneisyyden aste aleni 17 %. Tämän otoksen mukaan siis oireet lievittyivät hieman, jännittyneisyyden aste väheni ja kyky toimia työelämässä parani huomattavasti. Sen sijaan kokemus omasta psyykkisestä hyvinvoinnista ja tarmokkuudesta aleni hieman sekä kyky toimia perheen, tuttavien ja muiden ihmisten kanssa mielialaoireista huolimatta aleni jonkin verran.

Osa kurssilaisista oppi hyödyntämään liikuntaa rentouttavana elementtinä. Kaksi osallistujaa lisäsi viikottaisen liikunnan määrää. Kurssilaiset kertoivat saaneensa konkreettista apua jännitys-rentous –harjoituksista, hengitysharjoituksista, äänirentousharjoituksista ja mielikuvaharjoituksista. Eniten apua osallistujat olivat saaneet nukkumisvaikeuksiinsa (neljä osallistujaa).

Osallistujat kokivat kehollisina tuntemuksina kurssin alussa ja kurssin aikana kiputuntemuksia. Yksi osallistuja kertoi kivun lievittyneen hengitysharjoitusten avulla. RAND-36 –mittarin tulosten mukaan kiputuntemukset lievittyivät keskimäärin 6 % kurssin aikana.

Itse koettu terveys lisääntyi 4 %. STAKESin tutkimuksen mukaan koettu terveys –asteikko korreloi vahvasti fyysisen ulottuvuuden kanssa. Fyysinen toimintakyky oli kurssilaisilla muun väestön viitearvoja korkeampi jo kurssin alussa ja lisääntyi vielä 2 % kurssin aikana. Kurssilaiset raportoivat odotuksiaan terveydentilansa suhteen seuraavan puolen vuoden päästä varovaisesti, parempaa terveyttä toivoen.

4 JOHTOPÄÄTÖKSET

RAND-36 –mittarin herkkyyttä ilmaista muutosta itse koetussa elämän laadussa voidaan tarkastella jo tällä pienellä yhden kurssin otoksella, jossa vastaajina oli yhdeksän henkilöä. Mittarin eri osa-alueiden tulokset näyttävät olevan keskenään samassa suhteessa kuin STAKESin tutkimuksen viitearvot.

Fysioterapian omat lomakkeet osoittivat, että kurssilaisten itse arvioima jännittyneisyyden aste väheni sekä jännittyneisyys- ja levottomuusoireet lievittyivät kurssin aikana. Kurssilaiset itse raportoivat kurssilta löytämäänsä rentouskeinoja, jolla olivat voineet vaikuttaa jännittyneisyys- ja levottomuusoireisiinsa. Eniten konkreettisia vaikutuksia rentousharjoituksista oli unen laatuun, joka tukee muun muassa yössä jaksamista.

RAND-36 –mittarissa roolitoiminta/psykykinen –osa-alue kuvasi parempaa selviämistä työelämän ja muun elämän toiminnoista mielialaoireista huolimatta. Fyysinen toimintakyky, joka on yhteydessä myös työssä selviämiseen, lisääntyi kurssin aikana. Oma kokemus hyvästä terveydestä, joka väestötasolla on todettu olevan yhteydessä fyysisen toimintakyvyn kanssa, lisääntyi kurssin aikana. Myös kivun tuntemukset lievittyivät kurssin aikana. Testiryhmänä oli työpäivän jälkeen pidetty rentouskurssi, joka oli suunnattu lähinnä työssä käyville kuntoutujille. Kurssilaisten voimaantumisprosessissa muutos alkoi näkymään tässä vaiheessa ensisijaisesti työssä jaksamisessa.

Näiden tulosten perusteella RAND-36 –mittari näyttäisi olevan riittävän herkkä ilmaisemaan muutosta kurssilaisten kokemassa elämänlaadussa. Elämänlaatumuutosten tarkempi luonne voidaan saada esille, jos useamman rentouskurssin elämänlaatupisteet pystytään yhdistämään ja tällä tavoin taustamuuttujien vaikutusta vähentämään.

Mielestäni jatkossa kannattaa edelleen käyttää RAND-36 –elämänlaatumittarin rinnalla fysioterapian omia haastattelulomakkeita, jotta kurssilaisten itse kokema

hyöty saadaan näkymään RAND-36 –mittarin pisteytystulosten rinnalla. Lomakkeet täydentävät toisiaan. Jatkossa lomakkeita kannattaa käyttää ja pistetuloksia seurata fysioterapiayksikössä, jolloin saadaan lisävarmistusta mittarin toimivuuteen tämän kurssin hyötyjen mittaamisessa.

4 POHDINTA

RAND-36 –mittarin tuloksia käsitellessäni yllätyin, että jo näin pieni otos on yhteneväinen isommalla otoksella tehdyn STAKESin tutkimuksen tulosten kanssa. Kiinnostavaa olisi nähdä enemmän tutkimusmateriaalia pelkästään mielenterveyskuntoutujille tehtynä.

Keväällä 2010 työryhmämme haastatteli ylilääkäriämme ja ylihoitajaamme, jotka suosittelivat meille RAND-36-mittaria, jota he myös itse olivat alkaneet käyttämään. He antoivat käyttöömme myös laskentataulukon, johon lomakkeista saatavia tietoja voi tallentaa ja näin helposti seurata kurssien vaikuttavuutta. Tästä on ollut apua kurssin tulosten käsittelyssä. Voin yhtyä Vilkan sanoihin: ”Hyvin suunniteltu kyselylomakkeiden käsittely ja taulukointi nopeuttaa palautuneiden kyselylomakkeiden käsittelyä ja nopeuttaa siten analysoinnin aloittamista” (Vilka 2005: 89.)

Määrällisessä tutkimusmenetelmässä tutkimusaineistoa kerätään esimerkiksi kyselylomakkeella, jollainen RAND-36-mittari on. Kyselylomakkeen täytyy olla standardisoitu eli vakioitu. Vakioiminen tarkoittaa, että kaikilta kyselyyn vastaavilta kysytään sama asiasisältö täsmälleen samalla tavalla. Kyselylomaketutkimuksissa vastaaja itse lukee kirjallisesti esitetyt kysymykset ja vastaa niihin itse kirjallisesti. Tämän tapainen aineiston keräämisen tapa soveltuu hyvin suurelle ja hajallaan olevalle joukolle ihmisiä (Vilka 2005: 73-74, 152). Rentouskursseja järjestetään tällä hetkellä kahdeksan kurssia vuodessa ja osallistujia kurssia kohden on korkeintaan kymmenen eli korkeintaan 80 osallistujaa vuodessa. Ajallisesti kursseja on keväällä ja syksyllä. Vastaajat ovat siinä mielessä hajal-

laan ja vastaavat kysymyksiin eri aikoina. Sen vuoksi myös RAND-36-mittari toisi hyvää seurantatietoa, jolloin taustamuuttujista ei tarvitsisi välittää.

Vilkan mukaan tutkimuksellisen työn pitäisi aina herätellä aihetta koskevaa laajempaa keskustelua ja jatkotutkimusideoita. Suuntana näyttää oleva sellaisten tutkimusten tukeminen, jotka edistävät yhteistoimintaa ja verkostoitumista niin alueellisesti, kansallisesti kuin kansainvälisestikin (Vilka 2005: 66-67). Psykiatrisen fysioterapian kentän pienuuden vuoksi yhteistyön merkitys ja verkostoituminen on erityisen tärkeää, jotta eri maiden tutkimustieto ja kokemus leviäisivät. On tärkeää pystyä aina uudelleen ja uudelleen perustelemaan oman työnsä merkitystä ja tarpeellisuutta muiden ammattikuntien joukossa sekä kehittämään työn laadullista sisältöä. Oman työn kriittinen seuraaminen tutkimuksellisella otteella ja johtopäätösten lyhyt esittely suomen ja englannin kielillä voisi olla tulevaisuuden haaste myös omassa työssämme. Lisähaasteen tuo oman työn vaikuttavuuden seuraaminen ja kehittäminen muun perustyön lisäksi normaalin työajan puitteissa.

Omassa työyksikössä markkinoinnin ja viestinnän osaamisen kehittäminen on tärkeää. Oman työpaikan lisäksi tietoa voi jakaa yhteistyökumppaneille kansallisesti ja kansainvälisesti. Oman harkinnan mukaan tietoa voi jakaa myös ylemmille, oman työpaikan ulkopuolisille, päättäjätahoille (Vilka 2005: 66.) Jotta tietoa voitaisiin jakaa työnantajan ulkopuolisille tahoille, tulee tutkimustiedon hankkimiseen pyytää työnantajalta tutkimuslupa sekä erilliset luvat jokaiselta kurssilaiselta. Varsinaisten tutkimusten tekeminen vaatii tällä hetkellä yksikössämme todennäköisesti enemmän tutkimusten tekemiseen perehtymistä ja tutkimuslupien hakemista. Onko tieto tulevaisuudessa pelkästään työnantajamme ja työyksikkömme käytössä vai haluammeko jakaa tietoa myös ulkopuolisille tahoille? Sen asian päättäminen lienee seuraava askel työyksilössämme.

Onko RAND-36 –elämänlaatumittari ainoa tai paras väline rentouskurssin hyötyjen mittaamiseksi, jää vielä auki. Tulevaisuudessa voisi harkita myös esimerkiksi SOC13 –koherenssimittarin kokeilua jollakin rentouskurssilla. Etenkin ohjaamani iltakurssi suuntautuu pääosin työssä käyville ja SOC-13 –mittaria on

käytetty ymmärtääkseni hyvin tuloksin työhyvinvointihankkeiden hyötyjä mitattaessa.

Kehittämistyötä tehdessäni omana henkilökohtaisena tavoitteenani oman kehittymiseni suhteen on ollut opetella työelämän kehittämistaitoja. Vaikka kehittämistyötä tehdään usein yhdessä muiden kanssa, siinä korostuu myös itsenäisyys. Kehittäjä joutuu panostamaan itsenäiseen tiedonhakuun, itsensä johtamiseen sekä tavoitteelliseen ja arvioivaan työskentelytapaan. Valta päättää itse ratkaisuksistaan kasvattaa erityisesti elinikäisen oppimisen ja kriittisen ajattelun taitoja. Yksilölliset ominaisuudet sellaisinaan eivät enää yksin määrää kehitystä, vaan erityisen tärkeitä ovat sosiaalinen pääoma ja ihmissuhdeverkostot (Ojasalo jne. 2009: 15).

Oma työni rentouskurssin ohjaajana sai lisäväriä pystyttyäni syventymään kursilaisten antamiin palautteisiin aiempaa enemmän. Kehittämistehtäväprosessin aikana tuli selvitettyä menettelytavat, miten tutkimuslupia terveystieteiden keskuksella haetaan. Opeteltua tuli tutkimussuunnitelman laatimista. Se helpottaa jatkossa vastaavanlaisten hankkeiden toteuttamista myös työyksikössämme. Työskentelyäni helpotti työyksikössämme vallitseva suvaitsevainen ja kannustava ilmapiiri sekä tutkimustoiminnan koordinoituvuuden sihteerin, ylihoitajan ja ylilääkärin antama apu tutkimusprosessin eri vaiheissa.

LÄHTEET

Aalto Anna-Mari, Aro Arja R., Teperi Juha 1999: RAND-36 Terveysteen liittyvän elämänlaadun mittarina. Mittarin luotettavuus ja suomalaiset väestöarvot. STAKES Tutkimuksia 101. <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/muut/Tu101.pdf>.

Acil A. A., Dogan S. ja Dogan O. 2008: The effects of physical exercises to mental state and quality of life in patients with schizophrenia. Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Cumhuriyet University, Sivas, Turkey.

Antonovsky A: Health, stress, and coping. New perspectives on mental and physical well-being. 5. painos. Jossey-Bass Publishers, San Francisco, 1985

Antonovsky, A: Unraveling the mystery of health. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, San Francisco, 1987.

Hatlova Bela, Adamkova Milena ja Kirchner.e Jiri. Usti Purkyne 2010: nad Labemin yliopistosta, Tsekin tasavallasta (Lundin fysioterapiakonferenssi 2010).

Kansanterveyslehti 3/1995: Elämänlaadun mitari (RAND SF-36) tutkimuskäyttöön.

Korhonen Sanna ja Sjögren Johanna 2009: Aivoverenkiertohäiriön sairastaneen kokema terveydellinen elämänlaatu sekä kokemus hoidon tuottamasta hyödyistä elämälleen. Laurea-ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Koskinen Sanna, Talo Seija, Hokkinen Eeva-Maija, Paltamaa Jaana ja Musikka-Siirtola Marjatta. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti, Vol 46, Nro 3, 2009.

Lindström B & Eriksson M 2006: Contextualizing salutogenesis and Antonowsky in public health development

Lukkarinen Hannele 1999: Sepelvaltimotautia sairastavien elämänlaatu ja elämäntilanne. Pitkittäistutkimus lääkkeillä, pallolaajennuksella tai ohitusleikkauksella hoidettujen kokemuksista. Oulun yliopisto.

Ojasalo Katri, Moilanen Teemu ja Ritalahti Jarmo 2009: Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. WSOYpro Oy.

PEDro-tietokanta: www.pedro.org.au

Persson Ann L., Alkstrand Kennet 2010. Rehabilitation and Research Centre for Torture Victims, Kööpenhamina, Tanska. Tutkimusraportti: Yksilöllinen ja monimuotoinen ryhmäkuntoutus stressiperäisestä kipuoireyhtymästä kärsiville potilaille. (Lundin fysiterapiakonferenssi 2010)

Pohjois-Karjalan kansanterveys ry 2007: Hanhinen Helena:
<http://www.kansanterveys.info/joste/arkisto/etusivu-2/salutogeenisuus>

Rantanen Anja, 2009: Ohitusleikkauspotilaiden ja heidän läheistensä terveyteen liittyvä elämänlaatu ja sosiaalinen tuki. Väitöskirja. Tampereen yliopisto.

Rivinoja Mia 1999: Psyykkisen kuormittumisen vuoksi uhkaavan työkyvyttömyyden varhaiskuntoutus. Pro gradu –tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Psykologian laitos.

Romberg Anders 2005: MS ja liikunta. Iloa, elämänlaatua, toimintakykyä. Edita Publishing Oy.

Sintonen Juha 2000: Voimaantumisteorian perusteiden hahmottelua. Oulun yliopisto. <http://herkules.oulu.fi/isbn951425340X/html/>

STAKES 2005: ICF Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Ohjeita ja luokituksia 2004:4. Jyväskylä: STAKES.

Stetter F. ja Kupper S. 2002: Autogenic training: a meta-analysis of clinical outcome studies. Applied Psychophysiology and Biofeedback 2002 Mar;27(1):45-98.

Trzcieniecka-Green A, Steptoe A 1996: The effects of stress management on the quality of life of patients following acute myocardial infarction or coronary bypass surgery. European Heart Journal 1996 Nov; 17(11):1663-1670.

Työterveyslaitos 2000:

<http://www.ttl.fi/Internet/Suomi/Tiedonvalitys/Verkkolehdet/Tyoterveiset/2000-04/04.htm>

Vilka Hanna 2005: Tutki ja kehitä. Kustannusosakeyhtiö Tammi. 1-2. painos.

RENTOUDESTA VOIMAVAROJA ALKUKYSELY LIITE 1

Nimi _____ Päiväys _____

1. Jännittyneisyyttä ja levottomuutta mittaava tarkastuslista**Onko Sinulla ollut alla mainittuja tuntemuksia viimeisen kahden viikon aikana? Vastaa nopeasti, älä mieti liian kauan!****1 = ei lainkaan****2 = joskus****3 = usein**

1.	Kasvojen irvistelyä, otsan rypistyksiä	3	2	1
2.	Hampaiden kiristelyä, narskuttelua	3	2	1
3.	Yleistä kehon levottomuutta	3	2	1
4.	Jatkuvaa kehonosien liikuttelua: jalat, kädet, polvet	3	2	1
5.	Särkyä (missä _____)	3	2	1
6.	Lihaskämmen jännitystä (missä _____)	3	2	1
7.	Huimausta, huimaavaa oloa	3	2	1
8.	Uupumusta	3	2	1
9.	Unettomuutta, häiriintynyt uni	3	2	1
10.	Levottomat jalat	3	2	1
11.	Levottomat kädet	3	2	1
12.	Lihasten nykimistä, kouristuksia, kramppeja	3	2	1
13.	Voimakasta hikoilua	3	2	1
14.	Kylmät/kylmänhikiset kädet ja / tai jalat	3	2	1
15.	Kynsien pureskelua	3	2	1
16.	Sydämen jyskytystä tai tykytystä	3	2	1
17.	Käsien tärinää, vapinaa	3	2	1
18.	Hengityksen epäsäännöllisyyttä, katkonaista hengitystä	3	2	1
19.	Huonomuistisuutta, muistamattomuutta	3	2	1
20.	Selittämättömiä pelkoja	3	2	1
21.	Puristavaa tunnetta rinnassa	3	2	1
22.	Epätodellista oloa, kuin en olisikaan tässä ja nyt	3	2	1
23.	Pelkoa hulluksi tulemisesta, hallinnan menettämisestä	3	2	1
24.	Keskittymisvaikeuksia	3	2	1
25.	Ärtymisherkkyyttä	3	2	1
26.	Masennusta	3	2	1
27.	Ahdistuneisuutta	3	2	1
28.	Paniikkikohtauksia	3	2	1

Yhteensä _____/84

Laske yhteen saamasi pistemäärä.
Mitä suurempi pistemäärä, sen
enemmän tarvitset rentoutusharjoituksia.

2. Missä kohtaa janaa koet tällä hetkellä olevasi oman jännittyneisyytesi suhteen? (Ympyröi itsellesi sopivin vaihtoehto)

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
 ei lainkaan jännittynyt hyvin jännittynyt

3. Millaiseksi koet olosi?

4. Miten kuvailet omaa hengitystäsi?

5. Tämänhetkinen liikuntasi (niin, että hengästyt tai hikoilet)

- a. Harrastan sitä säännöllisesti ainakin 2-3 x viikossa.
- b. Teen sitä harvoin, korkeintaan kerran viikossa.
- c. Liikun vain sen verran kuin on välttämätöntä.
- d. Vältän kaikenlaista liikkumista.

6. Miten rentoudut tällä hetkellä? Omat keinot?

7. Mitä toiveita/tavoitteita sinulla on tälle kurssille?

RENTOUDESTA VOIMAVAROJA LOPPUKYSELY LIITE 2

Nimi _____ Päiväys _____

1. Jännittyneisyyttä ja levottomuutta mittaava tarkastuslista**Onko Sinulla ollut alla mainittuja tuntemuksia viimeisen kahden viikon aikana? Vastaa nopeasti, älä mieti liian kauan!****3 = usein****2 = joskus****1 = ei lainkaan**

1.	Kasvojen irvistelyä, otsan rypistyksiä	3	2	1
2.	Hampaiden kiristelyä, narskuttelua	3	2	1
3.	Yleistä kehon levottomuutta	3	2	1
4.	Jatkuvaa kehonosien liikuttelua: jalat, kädet, polvet	3	2	1
5.	Särkyä (missä _____)	3	2	1
6.	Lihaskäntäilyä (missä _____)	3	2	1
7.	Huimausta, huimaavaa oloa	3	2	1
8.	Uupumusta	3	2	1
9.	Unettomuutta, häiriintynyt uni	3	2	1
10.	Levottomat jalat	3	2	1
11.	Levottomat kädet	3	2	1
12.	Lihasten nykimistä, kouristuksia, kramppeja	3	2	1
13.	Voimakasta hikoilua	3	2	1
14.	Kylmät/kylmänhikiset kädet ja / tai jalat	3	2	1
15.	Kynsien pureskelua	3	2	1
16.	Sydämen jyskytystä tai tykytystä	3	2	1
17.	Käsien tärinää, vapinaa	3	2	1
18.	Hengityksen epäsäännöllisyyttä, katkonaista hengitystä	3	2	1
19.	Huonomuistisuutta, muistamattomuutta	3	2	1
20.	Selittämättömiä pelkoja	3	2	1
21.	Puristavaa tunnetta rinnassa	3	2	1
22.	Epätodellista oloa, kuin en olisikaan tässä ja nyt	3	2	1
23.	Pelkoa hulluksi tulemisesta, hallinnan menettämisestä	3	2	1
24.	Keskittymisvaikeuksia	3	2	1
25.	Ärtymisherkkyyttä	3	2	1
26.	Masennusta	3	2	1
27.	Ahdistuneisuutta	3	2	1
28.	Paniikkikohtauksia	3	2	1

Yhteensä ____/84

Mitä suurempi pistemäärä, sen
enemmän tarvitset
rentoutusharjoituksia.

2. Missä kohtaa janaa koet tällä hetkellä olevasi oman jännittyneisyytesi suhteen? (Ympyröi itsellesi sopivin vaihtoehto)

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
ei lainkaan jännittynythyvin jännittynyt

3. Minkälaisia (muuta) tunteita olet tuntenut kehossasi?

4. Oletko saanut apua hengittämiseesi?

5. Tämän hetkinen liikuntasi (niin, että hengästyit tai hikoilet)

- a. Harrastan sitä säännöllisesti ainakin 2-3 x viikossa.
- b. Teen sitä harvoin, korkeintaan kerran viikossa.
- c. Liikun vain sen verran kuin on välttämätöntä.
- d. Vältän kaikenlaista liikkumista.

Onko suhteesi liikuntaan jollain lailla muuttunut? Miten?

6. Mistä kurssilla koetuista asioista tai harjoitteista sait itsellesi konkreettista apua?

7. Miten olet ajatellut niitä toteuttaa? ja milloin?

8. Minkälainen on fyysinen ja psyykkinen vointisi puolen vuoden päästä?

9. Yleisarvio kurssista?

SUOSTUMUSLOMAKE

LIITE 3

Pyydän suostumustasi käyttää Rentoudesta voimavaroja –kurssilla (16.8. – 11.10.2010) täyttämiesi alku- ja loppuhaastattelulomakkeiden tietoja Tampereen ammattikorkeakoulun Psykofyysisen fysioterapian erikoistumisopintoihin sisältyvässä kehittämistehtävässä.

Vastaukset käsitellään nimettöminä ja tulokset ilmaistaan niin, että yksittäistä vastaajaa ei voida tunnistaa.

Sinulla on oikeus peruuttaa suostumuksesi milloin tahansa ennen tutkimuksen päättymistä. Suostumuksen peruuttaminen ei mitenkään vaikuta saamiisi palveluihin.

Tampereen ammattikorkeakoulussa kehitystehtäväni ohjaavana opettajana toimii Marja-Liisa Lähteenmäki, puh. 050-516 8779, marja-liisa.lahteenmaki@tamk.fi.

Tätä sopimusta on tehty kaksi (2) kappaletta: yksi kurssin ohjaajalle ja yksi osallistujalle. Lupa kyselyn suorittamiseen on saatu xxxxxxxx terveyskeskuksen toimitusjohtajalta.

Helsingissä _____ päivänä _____kuuta 2010.

Arja Kuivalainen

Fysioterapeutti

ja

Kurssin ohjaaja

Kurssille osallistujan nimi

nimen selvennös

osoite:_____
